

При гладком течении послеоперационного периода кожные швы снимаются на 10-12 день.

В ходе выполнения оперативного вмешательства у одной больной произошло повреждение забрюшинного отдела селезеночного угла толстой кишки при отделении его от 12 ребра. Дефект был ушит. Послеоперационный период протекал гладко.

После операции пациенты наблюдаются в течение 4-48 месяцев. Рецидива грыжи нет.

Таким образом примененный комбинированный метод двухэтажной мышечной и мышечно-апоневротической пластики грыжевых ворот при пояснично-боковых грыжах является эффективным методом их хирургической коррекции.

#### *ЛИТЕРАТУРА*

1. Колтонюк В.М. *Диагностика и комплексное хирургическое лечение послеоперационных и рецидивных вентральных грыж больших и огромных размеров: Автореф. дис. д-ра мед. наук.* - М., 1990. - 45 с.
2. Черенько М.П., Фелештинский Я.П. *Клинико-функциональная оценка эффективности предоперационной подготовки больных с послеоперационными грыжами живота // Клиническая хирургия.* - 1990. - С.47.
3. Черенько М.П., Валигура Я.С., Яцентюк М.Н., Шпита П.А. и др. *Брюшные грыжи.* - Киев, «Здоров'я», 1995. - 261 с.

Поступила 25.11.1996 г.

**Канд. мед. наук А.И. АКУЛОВИЧ**

## **К ВОПРОСУ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Бобруйская городская больница скорой медицинской помощи

Изучены результаты лечения 577 больных с острой задержкой мочи (ОЗМ). Одномоментная чрезпузырная аденомэктомия по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) произведена у 230 (39,9%) оперированных больных, эпицистостомия и цистолитостомия - у 128 (22,2%). По различным причинам не оперированы 219 (37,9%) пациентов. Предложена методика дренирования мочевого пузыря после аденомэктомии.

Изучены ближайшие и отдаленные результаты оперированных пациентов, перенесших одномоментную чрезпузырную аденомэктомию с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Послеоперационная летальность составила 1,8%.

Второй этап операции - аденомэктомия у больных после эпицистостомии в разные сроки выполнена у 52 (40,6%). Летальных исходов не было.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из самых частых заболеваний у мужчин пожилого и старческого возраста, поэтому хирургическое лечение пока занимает ведущее место среди лечебных мероприятий в урологии / 1, 3, 6-7, 9, 11 /.

Чрезпузырное удаление ткани ДГПЖ устраняет инфравезикальную обструкцию.

В последние годы активная хирургическая тактика включает в себя: 1) аденомэктомию на вскрытом мочевом пузыре; 2) трансуретральная резекция; 3) лазеро-криохирургия ДГПЖ и др. / 1 /.

При аденомэктомии следует избегать травматизации хирургической капсулы аденомы, выполняя энуклеацию деликатно, анатомично, четко чувствуя слой. Не отрывать дистальный отдел слизистой уретры с аденоматозными узлами, а отсекал его изогнутыми ножницами.

Среди мужчин пожилого и старческого возраста с ДГПЖ неуклонно увеличивается число лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями: сахарным диабетом, артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца (ИБС), постинфарктным кардиосклерозом, последствиями мозгового инсульта, злокачественными новообразованиями и др., поэтому вопросы дренирования мочевого пузыря в послеоперационном периоде и адекватная индивидуальная терапия занимают ведущее место среди лечебных мероприятий / 2, 4-6 /.

Неудачи хирургического лечения ДГПЖ в основном объясняются нерациональным дренированием полости мочевого пузыря и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. До настоящего времени окончательно не решен вопрос гемостаза из ложа ДГПЖ и методы надежного дренирования мочевого пузыря, что создает относительный покой для детрузора и восстанавливает его сократительную способность.

Мы поставили перед собой задачу: изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения ДГПЖ (одномоментная чрезпузырная аденомэктомия и второй этапа после эпицистостомии и цистолитостомии) по предложенной нами тактике дренирования мочевого пузыря в условиях урологического отделения больницы скорой медицинской помощи.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За основу анализа собственных наблюдений мы взяли результаты лечения больных с ДГПЖ за 1993-1995 г.г. За этот период поступило в урологическое отделение 577 пациентов. Из них у 89,4% причиной острой задержки мочи (ОЗМ) были ДГПЖ II-III степени и 10,6% - другие виды патологии (рак предстательной железы, рак мочевого пузыря, стриктуры уретры и др.).

По возрасту больные распределились следующим образом: от 50 до 59 - 28 человек (4,8%), от 60 до 69 лет - 228 (39,5%), от 70 до 79 лет - 237 (41,1%), от 80 до 90 лет - 84 (14,6%). Из общего числа городские жители составили 75%, сельские - 25%.

Таким образом, ОЗМ чаще всего возникает у лиц в возрасте от 60 до 79 лет и в большинстве случаев причиной явилась аденома предстательной железы II-III степени.

Правильная предоперационная подготовка во многом определяет успех оперативного лечения. Во всех случаях ОЗМ предпочтение отдавали постоянному катетеру (под прикрытием антибиотиков широкого спектра действия).

Одномоментная чрезпузырная аденомэктомия произведена у 230 (39,9%) оперированных больных, эпицистостомия и цистолитостомия - у 128 (22,2%). По различным причинам (отказ от операции ввиду восстановления самостоятельного мочеиспускания, неврологическая патология и др.) не оперированы 210 (37,9%) пациентов.

Для нормального функционирования мочевого пузыря необходимо постоянное наличие в нем некоторого объема мочи с тем, чтобы было непрерывное сокращение гладкомышечных элементов детрузора для «проталкивания» мочи по дренажной трубке / 8 /. Крайне опасным и неблагоприятным осложнением в послеоперационном периоде является выпадение дренажной трубки из пузыря и утрата цистостомы, что приводит к резкому обострению хронического пиелонефрита и скрытой почечной недостаточности.

Очень важным является адекватное дренирование мочевого пузыря в послеоперационном периоде по поводу ДГПЖ / 8 /.

С 1993 года мы пользуемся методикой: после чрезпузырной аденомэктомии ретроградно в пузырь через уретру вводим трехходовой катетер Фалея (размер

последнего учитываем согласно объема полости после аденомэктомии), последний раздуваем антисептическим раствором и прижимаем к ложу ДГПЖ для гемостаза на 2 часа, после чего зажим снимаем у наружного отверстия мочеиспускательного канала. Катетер Фалей остается раздутым в мочевом пузыре на 5-6 суток с тем, чтобы создать адаптацию краев ложа и уретры, а также устранить образование стриктуры в задней уретре. В случае повторного кровотечения можно легко повторно прижать раздутый катетер в ложу аденому. Катетер Фалей служит также дополнительным дренажом для мочи из мочевого пузыря. При этом создаются хорошие условия для дренирования мочевого пузыря (имеется ввиду физиологический самотек мочи). В полость мочевого пузыря над лоном устанавливаем не одну, а две дренажные трубки, причем, вторая трубка берется меньшего диаметра, которая подключается к одноразовой системе для постоянного капельного физиологического орошения мочевого пузыря. Трубка большего диаметра опускается ниже, ближе ко дну пузыря, а тонкая стоит выше, что дает возможность для равномерного орошения всего мочевого пузыря. Физиологическое без давления орошение мочевого пузыря предусматривает устранение пузырно-мочеточникового рефлюкса. При наличии одной дренажной трубки атмосферное давление служит препятствием для опорожнения мочевого пузыря, при наличии двойного дренирования оно ликвидируется. При свободном поступлении дезинфицирующего раствора по одной трубке, по второй внутрь поступает воздух и выделяется моча, делая внутрипузырное давление постоянно низким и равным атмосферному.

Ретциево пространство дренируем перфорированной хлорвиниловой трубкой, выведенной наружу через отдельный разрез в надлобковой области. У тучных пациентов производим дренирование подкожно-жировой клетчатки перфорированным дренажом, выведенным через второй отдельный разрез над лоном. Стенку мочевого пузыря ушиваем двухрядными кетгутовыми швами.

При удовлетворительном течении послеоперационного периода катетер Фалей извлекаем на 5-6 сутки. Тонкая хлорвиниловая трубка в надлобковой области удаляется на 7 сутки. При хорошем обжиге второй трубки большего диаметра в надлобковой области последняя удалялась и больной переводился на уретральный катетер.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Из 230<sup>6</sup> (39,9%) оперированных пациентов, перенесших одномоментную чрезпузырную аденомэктомию, было 164 (71,3%) с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Ближайшие результаты представлены в таблице 1. При инфарктном кардиосклерозе и у больных с ишемией миокарда не было случаев повторного инфаркта. По одному летальному исходу отмечено при сахарном диабете, циррозе печени и у пациента, перенесшего мозговой инсульт в срок до 12 мес.

Отдаленные результаты чрезпузырных аденомэктомий на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний приведены в таблице 2. Неудовлетворительные отдаленные результаты наблюдались в одном случае при аденоме малых размеров (до 30 г) и при сочетании ДГПЖ со склерозом шейки мочевого пузыря. Умерли 3 (1,8%) больных в сроки от 6 месяцев до 1 года после операции. Летальный исход наступил от инфаркта миокарда и легочно-сердечной недостаточности.

Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 месяцев до 1 года.

Хороший результат (выздоровление): у пациента нет жалоб, связанных с перенесенной операцией; мочеиспускание не нарушено. При объективном исследовании не выявляются патологические изменения со стороны почек и мочевых путей, послеоперационный рубец в хорошем состоянии, нет грыжи передней брюшной стенки, остаточной мочи нет. Функция почек удовлетворительная, моча без патологических изменений.

Таблица 1.

Ближайшие результаты чрезпузырных аденомэктомий с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

N п/п	Сопутствующие заболевания	Число оперирован- ных больных	Число больных с гладким течением послеоперационного периода	Летальный исход
1.	Постинфарктный кардиосклероз	48	44 (91,7)	-
2.	ИБС со стенокардией и ишемией миокарда в день госпитализации	44	93 (97,7)	-
3.	Последствия мозгового инсульта	12	10 (83,3)	1 (8,3)
4.	Гипертоническая болезнь	28	24 (85,7)	-
5.	Бронхиальная астма	5	2 (40,0)	-
6.	Сахарный диабет	12	11 (91,6)	1 (9,1)
7.	Цирроз печени	4	2 (50,0)	1 (25,0)
8.	Лекарственная полиаллергия	5	4 (80,0)	-
9.	Сочетание аденомы и рака предстательной железы	6	6	-
<b>Всего:</b>		<b>164 (71,3)</b>	<b>146 (89,0)</b>	<b>3 (1,8)</b>

Примечание: в таблицах 1 и 2 в скобках данные в процентах.

Таблица 2.

Отдаленные результаты чрезпузырных аденомэктомий с тяжелыми сопутствующими заболеваниями

N п/п	Сопутствующие заболевания	хорошие	удовлетво- рительные	Неудов- летвори тельные	Леталь- ный ис- ход	Неиз- вестны
1.	Постинфарктный кардиосклероз	41	0	1	2	4
2.	ИБС со стенокардией и ишемией миокарда	40	2	-	-	2
3.	Последствия мозгового инсульта	9	2	-	-	1
4.	Гипертоническая болезнь	24	3	-	1	-
5.	Бронхиальная астма	2	1	-	-	2
6.	Сахарный диабет	9	1	-	-	2
7.	Цирроз печени	2	1	-	-	1
8.	Лекарственная полиаллергия	5	-	-	-	-
9.	Сочетание аденомы и рака предстательной железы	5	-	-	-	1
<b>Всего:</b>		<b>137 (83,5)</b>	<b>10 (6,1)</b>	<b>1 (0,6)</b>	<b>3 (1,9)</b>	<b>13 (7,9)</b>

Удовлетворительный результат: жалобы на периодически возникающие расстройства мочеиспускания (поллакиурия, дизурия), проходящие в результате консервативного лечения (явления хронического цистита, простатита). Функция почек не ухудшилась после операции. Периодически возникает пиурия и бактериурия, исчезающие при консервативном лечении.

Неудовлетворительный результат: жалобы на расстройство мочеиспускания, боли или недержание мочи. Ухудшение функции почек после операции. Инфекция мочевых путей (бактериурия, пиурия).

Среди послеоперационных осложнений преобладали воспалительные процессы в мочеполовых органах, второе место занимали ранние и поздние кровотечения. За ними следуют обострения хронических легочных процессов и сердечной недостаточности. Тромбоэмболий легочной артерии у послеоперационных больных не отмечалось.

В послеоперационном периоде больные получали гепарин по 5000 ЕД подкожно и антибиотики широкого спектра действия. Корректирующую терапию получали больные после консультации смежных специалистов / 10 /.

Из 128 (22,2%) больных, которым произведена цистолитостомия и эпицистостомия, диагностированы: тяжелая сопутствующая патология (гипертоническая болезнь с кризом перед операцией, сахарный диабет в тяжелой форме, цирроз печени и др.) - у 41 (32,0%); рак предстательной железы - у 34 (26,6%); рак мочевого пузыря - у 24 (18,7%); вторичные камни мочевого пузыря на почве склероза предстательной железы - у 21 (16,4%); стриктура уретры - у 6 (4,7%); злокачественные опухоли других органов - у 2 (1,6%).

Второй этап операции - аденомэктомия выполнена в разные сроки у 52 (40,6%) пациентов. Летальных исходов не было.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предлагаемая методика дренирования мочевого пузыря в послеоперационном периоде (введение в полость мочевого пузыря двух дренажных трубок для постоянного орошения и катетера Фалей через уретру) позволяет улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты оперативного лечения. Постоянное орошение мочевого пузыря позволяет избежать закупорки сгустками крови дренажной системы.

Представленные данные могут способствовать совершенствованию методов лечения больных с ДГПЖ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гресь А.А. Хирургическое лечение ДГПЖ // Тез.докл.симпозиума. - Состояние и эволюция методов лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. - Минск, 1995. - С.31-34.
2. Горюнов В.Г., Давидов М.И. Острая задержка мочеиспускания // Урология и нефрология. - 1994. - N 4. - С.44-48.
3. Горюнов С.В. Патогенез дизурия у больных доброкачественной гиперплазией простаты // Тез.докл.симпозиума. - Состояние и эволюция методов лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. - Минск, 1995. - С.127-128.
4. Давидов М.И. Горюнов В.Г. Показания и противопоказания к неотложной аденомэктомии у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями // Урология и нефрология. - 1994. - N 6. - С.30-34.
5. Карауц А.Ф. Неотложная чрезпузырная аденомэктомия. - Автореф.дис. ... канд.мед.наук. - Киев, 1981.
6. Комяков Б.К. Неотложное хирургическое лечение больных аденомой предстательной железы, осложненной хронической почечной недостаточностью / Автореф.дис. ... канд.мед.наук. - Л., 1986.
7. Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы / 4-е издание. - Л., 1989.

8. Пытель Ю.А. Борисов В.В., Газимиев М.А. Дренирование мочевого пузыря после операции по поводу гиперплазии простаты // Тез.докл.симпозиума. - Состояние и эволюция методов лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. - Минск, 1995. - С.51-52.
9. Скобеус И.А. Выбор тактики лечения у больных с аденомой предстательной железы // Тез.докл.симпозиума. - Состояние и эволюция методов лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. - Минск, 1995. - С.20-25.
10. Суслов В.В. Интенсивная терапия и обезболивание в урологии. - Киев, 1981.
11. Тиктинский О.Л. Руководство по андрологии. - Л., 1990.

Поступила 20.09.1996 г.

## **МедиаСфера**

### **ИЗДАТЕЛЬСТВО**

#### **НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЕ ЖУРНАЛЫ**

##### **КАРДИОЛОГИЯ**

Основан в 1961 году

##### **ХИРУРГИЯ**

Журнал имени Н.И.Пирогова

Основан в 1925 году

##### **ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКЦИИ**

Основан в 1995 году

##### **СТОМАТОЛОГИЯ**

Основан в 1956 году

##### **АНТИБИОТИКИ И**

##### **ХИМИОТЕРАПИЯ**

Основан в 1956 году

##### **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ**

##### **ХИРУРГИЯ**

Основан в 1995 году

##### **ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ**

##### **И ПСИХИАТРИИ**

имени С.С.Корсакова

Основан в 1901 году

##### **РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК**

##### **ПЕРИНАТОЛОГИИ**

##### **И ПЕДИАТРИИ**

Основан в 1956 году

##### **ВЕСТНИК ДЕРМАТОЛОГИИ**

##### **И ВЕНЕРОЛОГИИ**

Основан в 1924 году

##### **ВЕСТНИК**

##### **ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**

Основан в 1936 году

##### **МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ**

##### **МЕДИЦИНСКОЙ**

##### **ПРАКТИКИ**

Основан в 1996 году

**ИЗДАТЕЛЬСТВО «МедиаСфера»:** 103062 Москва, а/я 86.

Тел.: (095) 482-4118, 488-6000, факс (095) 482-4312.

E-mail: fr924@aha.ru